**ZAMAWIAJĄCY:**

Gmina Włoszczowa/

Samorządowe Centrum Oświaty   
we Włoszczowie

ul. Partyzantów 14

29-100 Włoszczowa

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Wykonawca:**  *(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*  **Reprezentowany przez:**  *(imię i nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)* | |
| *(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)* |

**Wykaz sprzętu dostępnego wykonawcy usług w celu realizacji zamówienia pn.**

**Usługa dowozu i odwozu w roku szkolnym 2024/2025 uczniów niepełnosprawnych z terenu Gminy Włoszczowa, wraz z zapewnieniem opieki do i z Ośrodka Rehabilitacyjno-Edukacyjno-Wychowawczego w Psarach-Kolonii 57**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Marka pojazdu i numer rejestracyjny** | **Liczba miejsc** | **Rok produkcji** | **Wiek pojazdu w latach** | **Usprawnienie dla osób niepełnosprawnych (winda/najazd teleskopowy)\*** | **Dysponowanie** | |
| **własne** | **Udostępnione\*\*** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

……………….………… *(miejscowość),* dnia ………… r.

***Podpis osób/osoby upoważnionej.***

***Dokument należy podpisać podpisem elektronicznym: kwalifikowanym, zaufanym lub osobistym.***

**\*** *Wpisać odpowiednie usprawnienie*

*\*\* Rubrykę udostępnione wypełnia wykonawca, który będzie polegać na potencjale technicznym innych podmiotów, niezależnie od charakteru prawnego łączących go z nimi stosunków. Wykonawca w takiej sytuacji zobowiązany jest złożyć na wezwanie zamawiającego oświadczenie wg wzoru określonego w załączniku nr 9   
do SIWZ. Zamawiający zastrzega sobie – w przypadku uzasadnionych wątpliwości – prawo oględzin wykazanego wyżej taboru przed podpisaniem umowy.*